



APLICACION Y REFERIDO DDARS

Formulario Estatal 47131 (7-95) VRS 0016S
Acta de Derechos Civiles de 1964 (P.L. 88-352)
CONFIDENCIAL POR 34 CFR 361.49

DIVISION DE SERVICIOS REHABILITATIVOS INCAPACIDAD, Y ENVEJECIENTES
Departamento de Servicios de Incapacidad Desarrolladas
Servicios de Rehabilitacion Vocacional

Su numero de Seguro Social es pedido por esta agencia estatal por IC 4-1-8-1.
Revelarlo es mandatorio y este formulario no se puede completar sin el.

PARTE I - PETICION PARA SERVICIOS / REFERIDO

Nombre del consejero				Fecha de referido	
Nombre (<i>apellido, primero, apellido materno</i>)					
Direccion			Condado	Codigo postal	
Numero de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Raza	Numero de telefono	
Con quien vive			Relacion		
Describe la incapacidad					
Recurso que lo refirio				Si es sordo, necesita interprete <input type="checkbox"/> Si o <input type="checkbox"/> No	

PARTE II - APLICACION / DESCRIPCION

Describe la incapacidad y como afecta las actividades del aplicante. Como los servicios de estas agencias asisten en completar las metas del individuo y como puede impactar a la familia.		
Nombre de Doctor / Hospitales Familiares Con la Condicion Del Apicante	Direccion De Doctores / Hospitales	Fecha y Tipo Del Ultimo Examen
Describe atencion medica que el aplicante esta recibiendo (<i>incluya medicinas y terapias</i>)		
Si el aplicante esta recibiendo asistencia publica, indique el tipo, cantidad mensual y nombre del trabajador social		
Marque la caja indicada <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare	Numero de Medicaid / Medicare	Tiene el pariente o encargado del aplicante seguro medico? <input type="checkbox"/> Si o <input type="checkbox"/> No
Nombre de la compania de seguro		Numero de poliza
Direccion de la compania de seguro		Codigo postal

Escriba los nombres de las personas que residen en su hogar				
Nombre	Edad	Relacion	Titulo De Empleo	Incapacidad Describa

Nombre dos (2) personas que sabran la direccion del aplicante si se muda		
Nombre	Direccion	Numero De Telefono

Escriba las escuelas que el aplicante haya asistido empezando con el mas reciente			
Nombre De La Escuela	Ciudad / Estado	Licencia / Certificado	Ultimo Grado Cursado

Escriba todos los empleos que ha tenido empezando con el mas reciente (usa papel adicional si es necesario).					
Nombre / Direccion de la Compania	Razon Porque Dejo el Empleo	Salario	Titulo	Emploe Desde	Empleo Hasta

Escriba todos los lugares donde el aplicante haya recibido rehabilitacion		
Nombre / Direccion De Agencia	Fecha	Tipo De Servicio

Tiene el aplicante licenisa de conducir <input type="checkbox"/> Si o <input type="checkbox"/> No	Puede el aplicante usar transportacion publica <input type="checkbox"/> Si o <input type="checkbox"/> No
--	---

He sido informado que toda la informacion aqui obtenida es confidencial. Doy mi consentimiento para que se de informacion con relacion a mi condicion fisica, mental y social por la Division de Servicios Rehabilitativos y Envejecientes. Esta informacion sera solamente usada por personas o agencias autorizadas en ayudar con mi rehabilitacion. Este consentimiento sera valido mientras este buscando or recibiendo servicios de esas agencias. He recibido informacion escrita acerca de mis derechos de apelar ciertas decisiones de estas agencias y sus empleados y los procedimientos para apelar. Por la presente aplico para estos servicios (*marque uno o ambos*). Servicios de Rehabilitacion Vocacional Departamento De Desarrollo De Incapacidad

Firma del aplicante / pariente / encargado / defensor	Fecha
---	-------

Reconozco el recibo de notificacion de paraiente / derechos del cliente y la oportunidad de tener estos derechos explicados. (<i>para uso de aplicantes de BDDS</i>)	
Firma de pariente / encargado / defensor	Fecha de firma

